

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: arts voert euthanasie uit ondanks het feit dat consulent van oordeel is dat niet aan de zorgvuldigheidseisen (redelijke alternatieven) is voldaan

Zorgvuldigheidseis: onafhankelijke arts geraadpleegd

Aandachtspunt: arts heeft duidelijk onderbouwd waarom hij de beoordeling van de consulent terzijde heeft geschoven

oordeel

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek

van:

(...), huisarts, verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek
verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werd:

(...), arts, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de consulent

1. PROCEDURE

De commissie heeft van de gemeentelijke lijkschouwer de stukken ontvangen als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging inzake de melding van de arts van levensbeëindiging op verzoek bij patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levenseindekliniek (hierna verder te noemen: SLK)
- verslag onafhankelijke psychiater
- specialistenbrieven
- schriftelijke wilsverklaring
- gespreksnotitie

Naar aanleiding van de melding waren bij de commissie diverse vragen gerezen. De arts werd uitgenodigd om op de commissievergadering een mondelinge toelichting te geven.

2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Uit de verslaglegging van de arts en de consulent en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, was sprake van een combinatie van aandoeningen: zij leed aan polyartrose aan rug, handen, schouders, knieën en voeten, neuropathie en slechthorendheid. Van de voorgestelde operatie voor de kanaalstenose zag patiënte af. Daarnaast was zij haar hele leven bekend met depressies en een obsessief-compulsieve stoornis (OCD), waarvoor zij onder andere met medicatie en elektro convulsie therapie (ECT) was behandeld. Op advies van een psychiater van de SLK werd patiënte het laatste half jaar voor het overlijden door de GGZ behandeld voor haar stemmingsklachten, maar zonder effect. Patiënte had al jaren een euthanasiewens die voornamelijk door haar somatische klachten werd ingegeven en die door de laatste behandeling niet minder actueel was geworden.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit pijn, vermoeidheid, duizeligheid, gehoorsverlies, verlies van mobiliteit, toenemende afhankelijkheid van de zorg van anderen, stemmingsklachten en obsessieve gedachten. Patiënte zakte soms plotseling door haar benen en liep met een rollator. Zij was bang om te vallen, welke angst - vanwege de vervorming van haar voeten - niet ondenkbeeldig was. In de laatste weken voor haar overlijden kwam zij bijna niet meer buiten en was haar sociale omgeving klein geworden. Een gesprek voeren in een groep was niet mogelijk. Zij was aan het einde van haar Latijn. Vanwege haar onderliggende kwetsbaarheid van de persoonlijkheidsstructuur was haar draagkracht beperkt en had zij met betrekking tot het ouder worden obsessieve gedachten. Zij had altijd haar eigen zaken geregeld en het vooruitzicht rolstoelafhankelijk te worden en niet meer zelfstandig te kunnen blijven wonen, was een schrikbeeld voor haar.

Zij leed ook onder het verlies van kwaliteit van leven en onder het verlies van autonomie en regie over haar leven.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er waren geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte had eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken, maar die liet haar weten om principiële redenen niet op haar verzoek in te kunnen gaan. Patiënte meldde zich vervolgens bij de SLK. De arts bezocht patiënte vier keer.

Tijdens het eerste gesprek, ruim twee maanden voor het overlijden, heeft patiënte met de arts over euthanasie gesproken en hem daarbij direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Patiënte werd door de arts wilsbekwaam geacht.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijke psychiater patiënte ongeveer een maand voor het overlijden onderzocht ter beoordeling van haar psychische gesteldheid in relatie tot haar euthanasieverzoek.

De psychiater concludeerde dat de klachtenpresentatie van patiënte niet los stond van een depressieve stoornis, die echter niet haar denken beïnvloedde en daardoor niet haar wilsbekwaamheid. Er was geen sprake van een vitale depressie in engere zin.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte ruim twee weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Voor de consulent was het invoelbaar dat patiënte door de pijn, de angst te vallen en de toenemende afhankelijkheid ondraaglijk leed.

De consulent was evenwel van mening dat niet alle behandelopties waren benut. Opereren aan een kanaalstenose vond zij niet aan de orde, maar betere pijnstilling of fysiotherapie in de vorm van valpreventie was volgens haar nog niet geprobeerd.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

e. Mondelinge toelichting

Naar aanleiding van de melding bestonden bij de commissie de volgende vragen.

Waarom had de arts de suggestie van de consulent om andere pijnmedicatie aan patiënte te geven niet opgevolgd?

Ook vroeg de commissie zich af hoe de arts samen met patiënte tot de overtuiging was gekomen dat er geen redelijke behandelalternatieven meer bestonden?

Voorts wilde de commissie met de arts bespreken waarom hij de consulent nog op andere gedachten had willen brengen. De commissie voeg zich af of daarmee niet de onafhankelijkheid van de consulent onder druk zou kunnen komen te staan.

De arts werd uitgenodigd op de commissievergadering voor het geven van een nadere mondelinge toelichting.

De arts overhandigde de commissie een gespreksnotitie die hij voorlas en toelichtte. Ook stelde de commissie de arts nog enkele vragen. Zakelijk weergegeven was zijn toelichting als volgt.

Aanpassing van de pijnmedicatie zou vanuit het perspectief van patiënte géén verandering in haar lijden hebben gebracht.

Vanuit het perspectief van de consulent was dit mogelijk wel een optie, maar de arts had deze mogelijkheid al in enkele van de voorafgaande gesprekken van ruim 1 uur met patiënte besproken; ook haar huisarts had al andere medicatie geprobeerd o.a. R/gabapentine. Daarvan had ze zo veel bijwerkingen (blind/visusstoornissen) dat ze de door de huisarts voorgestelde verhoging van de dosering niet aandurfde. De medicatie die ze gebruikte (R/paracetamol en de R/ Celebrex 100 2d1) hield haar enigszins op de been. Een volgende stap in de pijnstilling zou toevoeging van een opiaat zijn. Ook hier is in het verleden met haar over gepraat maar een opiaat zou in haar geval bijwerkingen kunnen hebben, o.a. een verhoging van het sowieso al verhoogde valrisico als ook een mogelijke verergering van de door haar al als zeer lastig ervaren obstipatie.

De arts was er vast van overtuigd dat vanuit het perspectief van patiënte met haar biografie, haar ziekte en levensgeschiedenis en haar normen en waarden, een verandering in de pijnmedicatie géén essentiële verandering in haar lijden zou hebben gebracht.. Ze leed immers aan een stapeling van gezondheidsproblemen waar de ‘pijn’ (als gevolg van een wervelkanaalstenose en polyneuropathie) slechts een beperkt onderdeel van uitmaakte. In enkele jaren was ze van een zeer zelfstandige initiatiefrijke vrouw bijna compleet ADL afhankelijk geworden. Ze kon bijna niet meer lopen, had nergens meer plezier in en kon geen ontspanning meer vinden. Daarbij was de reële angst om te vallen met daarbij de angst om nog verder af te takelen.

Andere redelijke oplossingen voor het lijden dat patiënte ondervond, waren er volgens de arts niet. De door de consulent gesuggereerde oplossing van op valpreventie gerichte fysiotherapie was volgens patiënte en de arts een gepasseerd station; het was geen redelijk alternatief, temeer daar patiënte al maanden was begeleid door een fysiotherapeut.

Overplaatsing naar een verpleeghuis zou het verzorgingsprobleem hebben kunnen oplossen, maar niet het lijden van patiënte. In tegendeel, het verlies van haar vertrouwde omgeving zou een extra dimensie aan haar lijden hebben toegevoegd. Alle andere mogelijke oplossingen zijn in de gesprekken die de arts tevoren met haar had aan de orde geweest. Op grond van het advies van de consulent heeft de arts met patiënte over de door de consulent gesuggereerde oplossingen gesproken. In dit gesprek kwamen arts en patiënte samen wederom tot de overtuiging dat er voor haar geen redelijke andere oplossingen waren.

De onafhankelijkheid van de SCEN-arts is van het grootste belang en de arts heeft op geen enkele manier geprobeerd om de consulent onder druk te zetten. Hij is van mening dat de manier waarop hij is omgegaan met haar oordeel dat hij niet aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, correct is. Hoewel het uitvoeren van euthanasie bij een consulentenverslag waarin staat dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, niet in strijd is met de wet (Code of Practice par. 3.6 en 4.10), is dat wel uitzonderlijk en een reden om de zorgvuldigheidseisen nog eens serieus te heroverwegen. In dit kader is een discussie hierover met de consulent essentieel, zeker als je er als uitvoerend arts van overtuigd bent, dat je de door de consulent genoemde (zorgvuldigheds-)criteria anders beoordeelt dan de consulent. Hij heeft zijn argumenten genoemd en gevraagd of zij dit reden vond om haar interpretatie te heroverwegen. De arts zou het onfatsoenlijk gevonden hebben haar niets mee te delen of haar alleen maar te melden dat hij ondanks haar ‘negatieve’ advies de euthanasie toch zou gaan uitvoeren.

3. BEOORDELING

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte. Ook de onafhankelijk psychiater achtte patiënte wilsbekwaam en hij constateerde dat de recidiverende depressies waaraan patiënte altijd al had geleden niet primair tot haar euthanasieverzoek hadden geleid.

Wat betreft het vereiste dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden van patiënte en het vereiste dat de arts patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten overweegt de commissie het volgende. De arts was er na de gesprekken die hij met patiënte had gevoerd van overtuigd dat het lijden ondraaglijk voor haar was als gevolg van de pijn, de problemen met gehoor en visus en met name haar afhankelijkheid en angst om te vallen. Ook voor de consulent was het invoelbaar dat het lijden ondraaglijk voor haar was. Dit temeer gezien de uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis van patiënte.

De arts en de consulent verschilden van mening over het vereiste dat de arts de overtuiging heeft gekregen, dat er sprake was van uitzichtloos lijden van patiënte en over het vereiste dat de arts met patiënte tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Met betrekking tot de term ‘uitzichtloos’ wijst de commissie er op dat de term ‘uitzichtloos’ twee betekenissen heeft die voor de beoordeling van het lijden van belang zijn. In de eerste plaats wordt het lijden van een patiënt als uitzichtloos beschouwd als ieder reëel behandelingsperspectief ontbreekt. De ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt is niet te genezen en er is ook geen reëel uitzicht op een verzachting van de symptomen. Het vaststellen van deze uitzichtloosheid is aan de arts en blijkt uit de gestelde diagnose en prognose.

Uitzichtloos in die betekenis slaat op de ziekte en de symptomen. In de tweede plaats heeft uitzichtloos ook een betekenis die met de persoon van een patiënt heeft te maken. Patiënten gebruiken de term uitzichtloos om aan te geven dat de balans tussen huidige en toekomstige klachten in een voor hen onaanvaardbaar nadeel is omgeslagen en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die betekenis wordt de uitzichtloosheid een onderdeel van de ondraaglijkheid van lijden.

In de onderhavige casus begrepen zowel de arts als de consulent dat voor patiënte een operatie vanwege de kanaalstenose geen redelijk alternatief was voor haar.

De consulent was er echter niet van overtuigd dat het lijden voor patiënte in het geheel genomen uitzichtloos was omdat zij meende dat er nog mogelijkheden waren om de klachten van patiënte te verminderen. Met pijnstillers zouden de pijnklachten verminderen en met fysiotherapie zou de valangst kunnen worden behandeld.

De arts was er daarentegen stellig van overtuigd dat het lijden van patiënte wel uitzichtloos was en dat er geen redelijke oplossingen waren om het lijden van patiënte te verlichten. Patiënte had al aanpassingen in de pijnmedicatie geprobeerd met alleen nadelige effecten als gevolg en fysiotherapie in de vorm van valpreventie was in de ogen van arts en patiënte geen redelijk alternatief, temeer daar zij al maanden was begeleid door een fysiotherapeut.

De arts besprak de bevindingen van de consulent met patiënte die bleef bij haar euthanasiewens. De arts vroeg de consulent haar standpunt inzake de uitzichtloosheid te heroverwegen, maar zij bleef bij haar mening dat er nog relatief simpele behandelopties waren en zij handhaafde haar standpunt dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts besloot geen andere consulent te raadplegen omdat hij dit te belastend vond voor patiënte. Hij heeft de bevindingen van de consulent met collegae van de SLK besproken.

Ondanks het feit dat de consulent van mening was dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, heeft de arts de levensbeëindiging uitgevoerd.

De commissie overweegt dat de arts een negatief advies van de consulent naast zich neer kan leggen en de euthanasie kan uitvoeren. De arts is volgens de Euthanasiewet verantwoordelijk, maar zal goed moeten onderbouwen waarom hij de beoordeling van de consulent terzijde heeft geschoven (KNMG Richtlijn Goede Steun en Consultatie bij Euthanasie, par. 23, en zoals ook uiteen wordt gezet in de Code of Practice par. 3.6 en 4.10).

De commissie meent dat de arts in zijn verslagen en tijdens het gesprek dat de commissie met hem heeft gevoerd, zeer uitgebreid en overtuigend heeft onderbouwd waarom hij van mening was dat het lijden voor patiënte uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere mogelijkheden waren om het lijden te verlichten.

De commissie meent dat de arts tot de overtuiging is kunnen komen dat er sprake was van een uitzichtloos lijden van patiënte en dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing waren.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Dat de arts over dit negatieve oordeel in gesprek met de consulent is gegaan met de intentie haar op basis van zijn nadere toelichting van standpunt te doen veranderen vindt de commissie alleszins te billijken. Volgens de commissie is hierdoor de onafhankelijkheid van de consulent geenszins aangetast. Communicatie tussen arts en consulent over het al dan niet aanwezig zijn van de zorgvuldigheidseisen kan bijdragen aan het goed verlopen van de euthanasieprocedure en beiden hebben daarin hun eigen professionele beoordelingsruimte.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

4. BESLISSING

De arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.